

Персональные данные лица, подлежащего вакцинации — название вакцины

Фамилия*

Имя*

Номер социального страхования (все 10 цифр)*

Дата рождения (ДД.ММ.ГГГГ)*

Пол* женский мужской другой

интерсекс открытый запись отсутствует

Адрес (почтовый индекс, город, улица, номер дома, этаж, номер квартиры)

Номер телефона

Адрес электронной почты

Имя законного представителя, если требуется

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы применительно к вакцинируемому лицу

Если вакцинируемый перенес заболевание или получил другие прививки в период между заполнением заявления о согласии и датой вакцинации, пожалуйста, сообщите об этом врачу до вакцинации. На приеме у врача необходимо предъявить все прививочные документы (например, прививочный паспорт, карту прививок, карту вакцинации) человека, которому предстоит вакцинация.

Выбрать подходящее

1. Болеет или болел ли вакцинируемый в течение последних 7 дней **острым заболеванием или инфекцией** (например, температура, кашель, насморк, боль в горле, другое)?

Да Нет

Если да, то чем именно?

2. Страдает ли вакцинируемое лицо **аллергией на медикаменты** или **компоненты вакцины** (см. информацию о применении)?

Да Нет

Если да, то на что именно?

3. Случался ли у вакцинируемого лица когда-либо **аллергический шок с падением давления, сильной одышкой или коллапсом**?

Да Нет

Если да, на что аллергия?

4. Проводилась ли вакцинируемому лицу **другая вакцинация в течение последних 4 недель**, или проходит ли вакцинируемое лицо **аллерген-специфическую иммунотерапию / гипосенсибилизацию**?

Да Нет

Если да, какая и когда?

5. Получал ли вакцинируемый **в течение последних 3 месяцев кровь, препараты крови или иммуноглобулины**?

Да Нет

Если да, что и когда?

6. Принимает ли вакцинируемый регулярно **препараты, разжижающие кровь**?

Да Нет

Если да, то что именно?

7. Проходит ли в настоящее время вакцинируемое лицо **химиотерапию** и (или) **лучевую терапию** и принимает ли **медикаменты, ослабляющие иммунитет** (например, кортизон)?

Да Нет

Если да, то что именно?

8. Наблюдались ли у вакцинируемого в прошлом **какие-либо жалобы или побочные эффекты после вакцинации** (за исключением легких местных реакций, таких как покраснение, отек, боль в месте инъекции или небольшое повышение температуры)?

Да Нет

Если да, то какие и после какой прививки?

9. Имеются ли у вакцинируемого **серьезные** или **хронические заболевания** (например, иммунодефицит, онкология, аутоиммунные заболевания, нарушения свертываемости крови, хронические воспалительные заболевания)?

Да Нет

Если да, то что именно?

10. Проводилась ли недавно вакцинируемому лицу **хирургическая операция**, или планируется ли такая операция для вакцинируемого лица?

Да Нет

Если да, то когда?

11. Присутствует ли у **вакцинируемого лица** беременность?

Да Нет

Если да, на какой неделе?

Соответствующая актуальная и полная версия инструкции по применению вакцины является частью данного информационного листа и анкеты пациента и должна быть предоставлена в электронном, а также в печатном виде по запросу.

Инструкции по применению вакцин, входящих в государственные программы вакцинации Федерального правительства, федеральных земель и социального страхования, можно найти на сайте: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Gebrauchsinformationen-der-Impfstoffe-im-kostenfreien-Impfprogramm.html>



Использование вакцин, не прошедших регистрацию, иногда рекомендуется Национальным комитетом по вакцинации, чтобы обеспечить наилучшее научно обоснованное лечение лиц, подлежащих вакцинации. Применение вне утвержденных показаний к применению требует особой осторожности и информирования.



Дополнительную информацию и рекомендации по вакцинации, действующие в Австрии, можно найти в брошюре по вакцинации или на сайте Федерального министерства социальной защиты, здравоохранения и защиты прав потребителей по адресу: www.sozialministerium.at/impfen

Если у вас возникли дополнительные вопросы, пожалуйста, свяжитесь с вашим врачом для личной консультации, прежде чем подписывать эту анкету.

Если нет возможности лично проконсультироваться с врачом, проводящим вакцинацию, (например, при вакцинации в школе), мы просим вас обратиться в медицинскую службу / отдел здравоохранения вашего уполномоченного районного административного органа и подписать заявление о согласии только после получения консультации.

В случае несовершеннолетних (детей до 14 лет) или лиц, неспособных принимать решения, необходимо получить согласие законного представителя (законного опекуна, взрослого представителя или уполномоченного представителя) лица, подлежащего вакцинации. Подростки (дееспособные несовершеннолетние, достигшие 14 лет) могут дать собственное согласие, если они обладают способностью принимать решения.

Своей подписью я подтверждаю, что:

- Я прочитал и понял инструкцию по применению вышеуказанной вакцины, или что она была мне достаточно подробно разъяснена. Я мог узнать о возможных побочных эффектах и обстоятельствах, которые говорят против моей вакцинации.
- Я достаточно хорошо понимаю преимущества и риски вакцинации и поэтому не нуждаюсь в дополнительной личной консультации.
- Я согласен на проведение вакцинации и был проинформирован о том, что обработка моих персональных данных в регистрационном журнале прививок предусмотрена в соответствии с Законом о телематике в здравоохранении 2012 года (см. <https://www.elqa.gv.at/datenschutzerklaerung>).



Дата (ДД.ММ.ГГГГ)

Подпись лица, подлежащего вакцинации, или его законного представителя

Важная информация: В случае возникновения каких-либо реакций (тошнота, коллапс, аллергия и т. д.), пожалуйста, оставайтесь в пределах досягаемости врача в течение 20 минут после вакцинации для вашей безопасности.

Если вы подозреваете у себя наличие побочных действий, проконсультируйтесь с врачом или фармацевтом. Они обязаны сообщать о предполагаемых побочных действиях. Однако сообщить о побочных реакциях можете также вы сами или ваши родственники.

Дополнительную информацию о возможностях сообщения вы можете найти онлайн по адресу

<https://www.basg.gv.at/marktbeobachtung/meldewesen/nebenwirkungen> или обратиться по телефону +43 (0) 50 555 36600.



Внимание: Пожалуйста, оставьте пустое место – заполняется только центром вакцинации

Организация, проводящая вакцинацию
(номер партнера по договору, если имеется)*

Подготовка сторонними организациями

Левое плечо

Применение вне утвержденных показаний к применению

Правое плечо

Введенная вакцина*

Номер партии (LOT или Ch.B)*

Имя ответственного врача*

Лицо, подлежащее вакцинации, не поддается четкой идентификации.

Подпись ответственного врача

Место для примечаний врача

Дата вакцинации (ДД.ММ.ГГГГ)*

Имя лица, выполняющего вакцинацию (если это другое лицо)